

А, Дж	1,22[0,73;1,7]	2,67[1,89;4,3]	115,0	0,014*
-------	----------------	----------------	-------	--------

Примечание: L-длина траектории; V- скорость перемещения центра давления; S- площадь статокинезиограммы с 95% доверительным интервалом; MaxX – максимальная амплитуда колебаний относительно оси X; MaxY- максимальная амплитуда колебаний относительно оси Y; A –механическая работа, * - $p < 0,05$

В тестах с открытыми глазами и с закрытыми глазами полученные данные не превышают показатели мировой статистики. В пробах с закрытыми глазами происходит увеличение скорости перемещения центра давления. Площадь статокинезиограммы соответствует норме. Достоверно значимые отличия при открытых глазах и при закрытых глазах у лиц до занятий цигун ($p=0,046$) и отсутствие достоверности через 2 месяца косвенно говорят об улучшении проприоцептивного контроля после двухмесячных занятий.

Выводы.

1. Стабилографические показатели у пациентов пожилого возраста в основном соответствуют физиологическим.

2. Показатели статокинетической устойчивости после занятий цигун у пациентов старшего возраста не ухудшились, что подтверждает возможность применения у них данного метода тренировок.

Литература:

1. Гаже, П.М. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / П.М. Гаже, Б. Вебер. – СПб. : Издат. дом СПбМАПО, 2008. – 316 с.

УДК 796-057.87

ДИНАМИКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОК ВГМУ

Маслак С.А.,¹ Коваленко Ю.А.,¹ Большаков Л.В.,¹ Машков А.Ю.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УО «Витебский государственный технологический университет»²

Введение. Физическая работоспособность – это потенциальная способность индивида проявлять максимум физического усилия в статической, динамической или смешанной работе [1]. Проблема здоровья и современный уровень физической культуры и спорта предъявляют высокие требования к физической подготовленности, будущих врачей и провизоров.

Для определения физической работоспособности используют общепринятые в спортивной медицине пробы с субмаксимальной физической нагрузкой, дающие количественную характеристику этого параметра: тест PWC₁₇₀ и Гарвардский степ-тест [2]. Из более простых тестов применяют пробу Руфье, которая не требует сложного оборудования, но также дает количественную оценку уровня работоспособности [3].

Цель работы. Определить динамику уровня физической работоспособности студенток 2 курса лечебного факультета ВГМУ по результатам проведения пробы Руфье.

Материал и методы. В исследовании приняли участие студентки 2 курса лечебного факультета, в количестве 30 человек, которые занимались физической культурой согласно типовой программы 2 раза в неделю по 2 академических часа. Средний возраст обследуемых составил 18,3 года [17,3;19,3 года]. Исследование было проведено в 2017-2018 учебном году.

Проба Руфье проводилась по общепринятой методике: исследуемые находились в

течение 5 минут в положении сидя, определялся пульс за 15 с (P_1). Затем испытуемые выполняли нагрузку в виде 30 приседаний за 45 с. После нагрузки в положении сидя подсчитывался пульс за первые 15 с (P_2) и последние 15 с (P_3) первой минуты восстановления.

Расчет показателей физической работоспособности проводилась по индексу Руфье (ИР).

$$ИР = \frac{4 \cdot (P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}$$

Оценка полученных результатов проводилась по следующим критериям:

≤ 3 – отличная;

от 4 до 6 – хорошая;

от 7 до 9 – средняя;

от 10 до 14 – удовлетворительная;

≥ 15 – плохая.

Результаты и осуждения: Проба проводилась в течение учебного года, на последнем занятии каждого учебного месяца, исключая каникулярный период. На начало учебного года показатели пробы Руфье были следующие: плохой – 8% обследуемых, удовлетворительный – 28 %, средний – 34%, хороший – 27 % и отличный – 3%.

По окончании учебного года показатели уровня физической работоспособности получены следующие: плохой – 5% обследуемых, удовлетворительный – 22 %, средний – 38%, хороший – 30 % и отличный – 5%. Динамика полученных результатов представлена на диаграмме (рис.1).

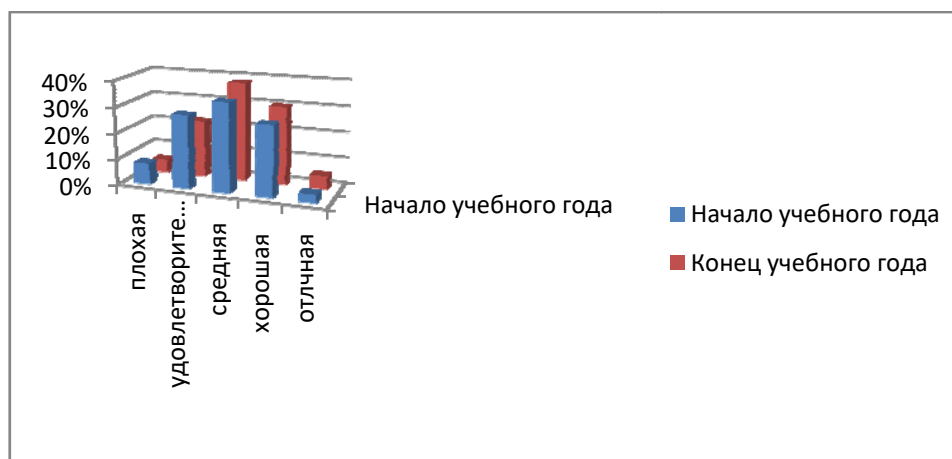


Рис.1 Динамика оценки результатов пробы Руфье

Выводы:

1. В результате проведенных исследований можно констатировать, что показатели уровня физической работоспособности в начале учебного года у большинство студентов находятся на уровне от плохого до среднего.

2. Регулярные занятия физической культурой на учебных занятиях, а так же самостоятельные дополнительные занятия в не учебное время, позволяют повысить уровень физической работоспособности от среднего до отличного, что подтверждают результаты проведения пробы Руфье.

Литература:

1. Аулик, И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И.В. Аулик. – М. : Медицина, 1979. – 195 с.

2. Карпман, В.Л. Исследование физической работоспособности у спортсменов / В.Л. Карпман, З.Б Белоцерковский, И.А. Гудков. - М. : Физкультура и спорт, 1974. – 93 с.

3. Детская спортивная медицина : рук. для врачей / под ред. С.Б. Тихвинского, С.В. Хрущева. – М. : Физкультура и спорт, 1992. –264 с.

УДК 616.1-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Масловская М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности и инвалидизации населения во всем мире, оказывая, таким образом значительное отягощающее воздействие на систему здравоохранения и социальной защиты [1].

Основной стратегией контроля за ССЗ, рекомендуемой ВОЗ для населения большинства стран, является снижение степени суммарного кардиоваскулярного риска, т.е. риска развития первого инфаркта миокарда/мозгового инсульта или повторных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, ранее перенесших такие осложнения [2]. Ограниченность ресурсов диктует необходимость выбора приоритетных направлений.

Определение приоритетов и путей реализации основных стратегий контроля за ССЗ в конкретных условиях отдельной страны/региона требуют тщательного анализа сложившейся в данном регионе ситуации. Актуальность приобретают планирование и реализация комплексных регионарных программ профилактики неинфекционных заболеваний, тесно связанных с программами социально-экономического развития регионов. На современном этапе имеется ряд возможностей интегральной оценки ряда показателей с использованием математического моделирования для формирования точных среднесрочных прогнозов.

Все международные рекомендации по профилактике ССЗ в клинической практике подчеркивают важность оценки общего риска ССЗ, т.к. атеросклероз обычно развивается на фоне сочетания целого ряда факторов риска. Стратегия профилактики ССЗ напрямую зависит от сердечно-сосудистого риска (ССР): чем выше риск, тем интенсивнее должны быть профилактические мероприятия [2].

Существующие модели оценки сердечно-сосудистого риска и их ограничения

Для оценки 10-летнего риска фатальных ССЗ Европейским обществом кардиологов рекомендована к использованию шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) . Система SCORE оценивает 10-летний риск первого фатального атеросклеротического события. Включены все коды Международной классификации болезней, которые можно обоснованно считать атеросклеротическими, включая ИБС, инсульт и аневризму брюшной аорты. Шкала SCORE позволяет прогнозировать 10-летний риск развития фатальных ССЗ, учитывая такие факторы риска, как возраст, пол, курение, систолическое АД, уровень общего холестерина. Однако, несмотря на простоту в использовании и учет многофакторного характера ССЗ, имеется ряд ограничений в использовании шкалы риска SCORE. Так, шкала оценивает риск смертельного, но не общего (фатальный и нефатальный) риска ССЗ. Оценка общего ССР обеспечивает гибкость: если нормализация риска не может быть достигнута за счет коррекции какого-либо одного фактора риска, то попытка контроля над другими факторами также может снизить риск. Таким образом, шкала SCORE ограничена основными детерминантами риска, имеется ограниченный возрастной диапазон (40-65 лет). Долгосрочные прогнозы, основанные на 10-летнем